



00059
IMR7AZE
00-IMR2BR1E-3
NMG - ES

00059
HH_NAME (NMG_NULL_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST



991010101



12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 066066010011Y

Estimado HH_NAME (NMG_NULL_SPANISH),

¡Es el momento de renovar su cobertura médica!

Éste es el momento para la renovación, también conocida como “redeterminación” o “re-de”.

Esto es lo que tiene que hacer:

1. Responda a todas las preguntas de este formulario.
2. Asegúrese de que toda la información sea la correcta. Si alguna información está mal, por favor táchela y escriba la información correcta.
3. Firme este formulario al final de la **página 4**.
4. Anexe documentos de prueba de ingresos y gastos y otras pruebas que le pidamos.
5. Envíe su formulario firmado y todas las pruebas a más tardar el **25 de febrero de 2014**.

Envíe su formulario y sus pruebas a nuestras oficinas en alguna de estas maneras:

- **Fax** su formulario y sus pruebas al 1-866-661-7025
- **Correo** su formulario y sus pruebas en el sobre que le enviamos
- **Correo electrónico** su formulario y sus pruebas a www.medredes.hfs.illinois.gov

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458).
¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m.
y los sábados, de 8 a.m. to 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a
www.medredes.hfs.illinois.gov o envíe un fax al 1-866-661-7025. We have
information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.

Por favor dé vuelta a la página ►►►



01-03-9-01

Redetermination Notice (Non-MAGI)
02/14 - NMG - ES - 1
20440212.999990000100 - 991010101
26 - 74902

Sus beneficios médicos podrían terminar si usted no envía sus comprobantes antes del 25 de febrero de 2014.

Llámenos al 1-855-458-4945 (TTY: 1-855-694-5458) si usted no puede enviar a tiempo todo lo que pedimos o si tiene alguna pregunta. Podríamos ayudarle a obtener las pruebas que necesite.

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois



Formulario de renovación médica

1. ¿Todavía viven con usted estas personas?

MEMBER NAME1 01/01/1999 Sí No

2. Díganos sobre cualquier otra persona que viva con usted:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted
<i>Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (Jr., Sr., II o III)</i>	<i>(mes/día/año)</i>	<i>(por ejemplo: esposo/esposa, hijo, padre)</i>
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Parentesco: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Parentesco: _____

3. ¿Usted o alguna persona que viva con usted obtuvo un seguro médico nuevo el año pasado? Sí No

Si es "sí", nombre del plan de seguro: _____ Número de póliza: _____

¿Quién está cubierto por este seguro médico? _____

Nombre del plan de seguro: _____ Número de póliza: _____

¿Quién está cubierto por este seguro médico? _____



4. ¿Usted y todas las personas que viven con usted aún reciben estos ingresos de estas fuentes?

Salario, sueldos y propinas de todas las personas..... <i>(total antes de descontar los impuestos)</i>	Total mensual: \$1111.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos por trabajo por su cuenta de todas las personas <i>(ganancias una vez pagados los gastos del negocio)</i>	Total mensual: \$2222.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desempleo de todas las personas.....	Total mensual: \$3333.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro Social de todas las personas.....	Total mensual: \$4444.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos de seguridad complementarios (SSI) de todas las personas	Total mensual: \$9999.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de Compensación laboral de todas..... las personas	Total mensual: \$1199.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de veterano de todas las personas.....	Total mensual: \$2299.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos por pensiones o jubilación de todas las personas	Total mensual: \$5555.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respaldo conyugal recibido por todas las personas.....	Total mensual: \$6666.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuotas por rentas o regalías de todas las personas.....	Total mensual: \$7777.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros ingresos de todas las personas.....	Total mensual: \$3399.99	¿Esto es correcto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

➔ **Si usted marcó no en cualquier ingreso, escriba la cantidad correcta en la sección siguiente.**

5. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted recibe otros ingresos? Marque todo lo aplicable.

<input type="checkbox"/> Salario, sueldos y propinas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Trabajo por su cuenta	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Seguro Social	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Ingresos de seguridad complementarios (SSI)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Beneficios de Compensación laboral	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Beneficios de veterano	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Ingresos por pensiones o jubilación	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Respaldo conyugal o manutención infantil	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Herencia o fideicomiso	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Cuotas por rentas o regalías	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

➔ **Anexe pruebas de la cantidad de cualquier ingreso recibido en los últimos 30 días.**



6. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted tiene alguno de estos gastos?

Marque todo lo aplicable.

<input type="checkbox"/> Respaldo conyugal o manutención infantil	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Gastos de guardería infantil	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Gastos de trabajo	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

➔ *Anexe pruebas de todos los gastos pagados en los últimos 30 días.*

7. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted aún es propietario de alguno de estos recursos (activos) con estos valores?

Dinero en efectivo y cuentas bancarias.....	Total \$ 1111.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro de vida (<i>valor en efectivo</i>).....	Total \$ 2222.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fondos o fideicomisos funerales.....	Total \$ 3333.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Auto, camión o vehículo de motor.....	Total \$ 8888.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras propiedades o terrenos.....	Total \$ 5555.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fondos mutuos, acciones, bonos.....	Total \$ 4444.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuentas 401(k), IRA o Keogh..... (cuentas de ahorros para la jubilación)	Total \$ 7777.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros recursos.....	Total \$ 6666.00	¿Esto es correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted es propietario de otros recursos (activos)?

Marque todo lo aplicable.

<input type="checkbox"/> Dinero en efectivo y cuentas bancarias	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pólizas de seguros de vida (<i>valor en efectivo</i>)	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Fondos o fideicomisos funerales	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Auto, camión o vehículo de motor	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras propiedades o terrenos	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Fondos mutuos, acciones, bonos	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuenta 401(k), IRA o Keogh	¿Cuál es el valor?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuál es el valor?	\$ _____

➔ *Anexe pruebas que muestren quién es el propietario de estos recursos y su valor actual.
 No tiene que anexar pruebas del valor de su vehículo o su casa.*



9. Lea y firme abajo:

- Entiendo que los funcionarios a cargo de mis beneficios médicos podrían comprobar toda la información de este formulario.
- Entiendo que podrían hacer comprobaciones electrónicas de mi información. Debo cooperar si me piden ayuda para comprobar mi información.
- Entiendo que cualquier persona que mienta o dé información falsa o que incite a otra persona para que mienta deliberadamente o que proporcione información falsa o que abuse intencionalmente de la tarjeta para beneficios médicos expedida por el estado de Illinois, podría estar cometiendo un delito, que puede ser perseguido o castigado según las leyes del estado, las leyes federales o ambas.
- Si el Departamento de servicios médicos y familiares de Illinois paga facturas médicas en mi nombre, el estado de Illinois podría cobrar mis pagos de respaldo médico en mi lugar.
- Firmo este formulario bajo pena de perjurio. O sea, que la información que he dado en este formulario de renovación, es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y que podría ser castigado según la ley si doy información falsa o incorrecta.

Su firma

La fecha de hoy

10. ¡Recuerde! Asegúrese de haber contestado a todas las preguntas y de haber firmado el formulario.

- ➡ Envíe este formulario con todas las pruebas a nuestras oficinas a mas tardar el **25 de febrero de 2014.**